

Fragebogen Geschlechtsorgane weiblich

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Titel, Vorname, Name

Geburtsdatum

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann.

Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlusserklärung des Antrags.

Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 3 Jahren** ab Datum der Antragstellung bzw. Erstellung eines Vorschlages zum Abschluss einer Versicherung. Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 5 Jahren**.

Krankheiten

1. Welche Erkrankungen der Geschlechtsorgane bestehen oder bestanden bei Ihnen?

- Eileiterentzündung/Eierstockentzündung (Adnexitis)
- Adenomyosis uteri Endometriose
- Eierstockzyste (Ovarialzyste)
 - bestehend entfernt, gutartig entfernt, bösartig
- Polyzystisches Ovarialsyndrom (PCOS) Myom
- Tumor/Zyste der Gebärmutter
 - bestehend entfernt, gutartig entfernt, bösartig
- Auffälliger Gebärmutterhalsabstrich (PAP)
 - PAP I PAP II PAP III-IV PAP V
- Brustdrüsenentzündung (Mastitis) Fibroadenom
- Knoten (Tumor, Zyste) in der Brust
 - bestehend entfernt, gutartig entfernt, bösartig
- Feigwarzen (Condylome) Chlamydien
- andere und zwar _____

Welche Beschwerden bestehen/bestanden?

- Schmerzen Unfruchtbarkeit erhöhter Blutdruck
- Herzklopfen Schweißausbrüche Schwindel keine
- sonstige _____

Häufigkeit

2. Wie oft ist die Erkrankung der Geschlechtsorgane aufgetreten?

- einmalig mehrmalig andauernd

Beschwerden

3. Seit wann sind Sie vollständig beschwerdefrei?

- Seit _____
- Nicht beschwerdefrei

Medikamente

4. Nehmen Sie aufgrund der Erkrankung der Geschlechtsorgane Medikamente ein?

 Nein Ja und zwar _____**Untersuchungen/
Behandlungen**

5. Welche Untersuchungen oder Behandlungen sind aufgrund der Erkrankungen der Geschlechtsorgane erfolgt oder geplant?

 Laboruntersuchung Röntgenuntersuchung Ultraschalluntersuchung (Sonografie) Gebärmutterentfernung (Hysterektomie) Bestrahlung Ausschabung (Kürettage/Abrasio) Konisation Gewebeentnahme (Biopsie) Operation keine andere und zwar _____**Behandler**

6. Nennen Sie uns zu den angegebenen Untersuchungen, Behandlungen, Operationen oder stationären Aufenthalten (Krankenhaus/Reha/Kur) bitte

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Arztberichte/Krankenhausentlassungsberichte – inkl. der zugehörigen histologischen Befunde – in Kopie mit ein.**Bei erfolgter Konisation übersenden Sie uns bitte außerdem eine Kopie des letzten zytologischen Kontrollbefundes.****Arbeitsunfähigkeiten**7. Waren Sie aufgrund der Erkrankungen der Geschlechtsorgane **arbeitsunfähig**? Nein Ja, Zeitraum _____**Zusätzliche Angaben**

Folgende Zusatzinformationen sind beigelegt:

Sofern hier keine Angaben getätigt werden, gehen wir davon aus, dass keine Beiblätter, Befundkopien etc. beigelegt wurden.

**Schlusserklärung
und Unterschrift**Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**_____
Ort, Datum**X****Unterschrift der versicherten Person** (bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)